El documento de Resumen y Beneficios de Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) lo ayudará a elegir un plan médico. El SBC le indica de qué modo usted y el plan comparten los costos de los servicios cubiertos de atención médica. NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado tarifa) proporciona en un documento separado. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para conseguir una copia de las cláusulas de cobertura completas, incluida la Descripción del Resumen del Plan, visite csacbenefits.org o llame al 1-800-293-1370. Para conocer las definiciones generales de los términos comunes como cantidad permitida, facturación de balance, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos que aparecen subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o puede llamar al 1-800-293-1370 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible general?	Proveedor de la red por año calendario: $3,000/persona; $6,000/ familia Proveedor fuera de la red por año calendario: $10,000/persona; $20,000/familia	**Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros familiares inscritos en el plan cada uno de ellos debe alcanzar su propio deducible hasta que la cantidad total de gastos deducibles pagada por todos los familiares alcancen el deducible familiar total.**
¿Hay servicios cubiertos antes de que alcance su deducible?	Sí. Cuidado preventivo realizado por Proveedores de la Red, la segunda opinión quirúrgica, visita en línea dentro de la red, y medicamentos recetados para pacientes ambulatorios están cubiertos antes de cumplir con su deducible.	Este plan cubre algunos artículos y servicios aun si todavía no ha alcanzado la cantidad deducible. Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que alcance su deducible. Puede ver una lista de servicios preventivos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventivecarebenefits/.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	**No es necesario que alcance deducibles para servicios específicos.**
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo de este plan?	Proveedor de la red del plan médico: $5,600/persona; $11,200/ familia por año calendario. Proveedor fuera de la red: Sin límite de gastos de bolsillo. Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios por año calendario: $1,000/persona; $2,000/familia	El límite de gastos de bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene a otros miembros de su familia en este plan, deben alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se alcance el límite de gastos de bolsillo total familiar.
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	Para el plan Médico: tarifas, cargos de facturación de balance, atención médica que este plan no cubre, gastos de medicamentos para pacientes ambulatorios minoristas / pedidos por correo (que tienen un límite de gastos del bolsillo separado), tratamiento quiropráctico y coseguros fuera de la red, excepto Servicios de emergencia, ciertos servicios que no son de emergencia proporcionados por un proveedor que no es PPO en un centro PPO y / o servicio de ambulancia aérea (según lo cubierto por la Ley federal de No Sorpresas). El límite de gastos de bolsillo para medicamentos recetados no incluye tarifas, cargos por facturación de balance, costos médicos y atención medica que no cubre este plan.	Si bien usted paga estos gastos, no se los tiene en cuenta para el límite de gastos de bolsillo.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si utiliza un proveedor de la red?	Sí. Para consultar una lista de los proveedores de la red, visite www.MyIBXTPAbenefits.com o llame a Independence Administrators (IA) al 1-800-810-BLUE.	**Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si utiliza un proveedor la red del plan. Pagará el costo máximo si utiliza un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación de balance). Tenga en cuenta que su proveedor de la red puede utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Verifique con su proveedor antes de recibir servicios.**
¿Necesita una derivación para consultar a un especialista?	No.	Puede ver al especialista que desee sin una derivación.

Todos los costos de **copago** y **coseguro** que figuran en esta tabla se aplican una vez que haya alcanzado su **deducible**, si es que se aplica un **deducible**.

Acontecimiento Médico Común	Servicios que es Posible que Necesite	Lo que Usted Pagará		Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
		Proveedor de la Red (usted paga el costo minimo)	Proveedor Fuera de la Red (usted paga el costo maximo)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Visita al consultorio: 20% coseguro. Visita en línea: $5 copago por visita, no se aplica el deducible.	50% coseguro.	Sin cargo.
	Visita a un especialista	20% de coseguro. Segunda opinión: Sin cargo hasta $150, luego 20% de coseguro, deducible no se aplica. Visita en línea: $5 copago por visita, no se aplica el deducible.	50% coseguro. Segunda opinión: Sin cargo hasta $150, luego 30% de coseguro, deducible no aplica no se aplica.	Sin cargo.
	Atención preventiva/ estudios de diagnóstico/ vacunas	Sin cargo. No se aplica deducible.	**Pruebas/detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) ordenadas por un profesional de salud: 50% de coseguro** **Todos los demás: No cubiertos.**	**El plan cubre los servicios preventivos y suministros descritos en: https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care- benefits/. Se aplican guías sobre edad y frecuencia a los servicios cubiertos de atención preventiva. Es posible que debe pagar por los servicios que no sean preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique los gastos que cubre su plan.**

Acontecimiento Médico Común	Servicios que es Posible que Necesite	Lo que Usted Pagará		Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
		Proveedor de la Red (usted paga el costo minimo)	Proveedor Fuera de la Red (usted paga el costo maximo)	
Si le realizan un examen	**Examen de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)**	20% coseguro.	50% coseguro.	Sin cargo.
	Diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI)	20% coseguro.	50% coseguro.	**Se requiere la autorización previa de algunas pruebas de imagen (incluyendo, pero no limitado a, CT, CTA, MRA, MRI, Cardiología nuclear, tomografías PET) para evitar una penalización económica o impago.**

Acontecimiento Médico Común	Servicios que es Posible que Necesite	Lo que Usted Pagará		Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
		Proveedor de la Red (usted paga el costo minimo)	Proveedor Fuera de la Red (usted paga el costo maximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Puede obtener más información sobre la medicamentos recetados en www.express-scripts.com o al llamar al 1-800-987-7836.	Medicamentos genéricos	Farmacia minorista para un suministro de 30 días: $10 copago por receta; pedido por correo para un suministro de 90 días: $25 copago por receta No hay cargo por anticonceptivos genéricos aprobados por la FDA.	$60 copago más 20% coseguro.	• No se aplica deducible. • Con el fin de evitar el incumplimiento del pago, los medicamentos de mantenimiento necesitan un pedido por correo luego de surtir la receta por segunda vez en una farmacia minorista. Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que se toman para tratar condiciones crónicas como la diabetes, la artritis o la presión alta. • Algunas recetas están sujetas a autorización previa (para evitar el incumplimiento del pago), límites de dosis y tratamientos escalonados. • De acuerdo con las leyes federales, ciertos medicamentos recetados y de venta libre se pagan sin cargo con una receta médica. • Si compra un medicamento de marca cuando está disponible un medicamento genérico, usted paga el costo compartido del medicamento de marca más la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el medicamento genérico. • Si surte una receta en una farmacia fuera de la red, deberá pagar el 100% del costo del medicamento al momento de la compra y luego enviar una reclamación ante Express Scripts para que se le haga un reintegro. Además, en ese caso, el plan paga el 80%de la cantidad que pagaría si usted hubiera utilizado una farmacia minorista de la red. • Se pueden obtener suministros de medicamentos de mantenimiento para 90 días en cualquier farmacia minorista Smart90.
	Medicamentos de marca preferidos	**Farmacia minorista para un suministro de 30 días: $40 copago por receta; pedido por correo para un suministro de 90 días: $100 copago por receta. No hay cargo por anti conceptivos de marca aprobados por la FDA si un anticonceptivogenérico se considera médicamente inadecuado.**		
	Medicamentos de marca no preferidos	Farmacia minorista para un suminis-tro de 30 días: $60 copago por receta; pedido por correo para un suministro de 90 días: $150 copago por receta.		

Acontecimiento Médico Común	Servicios que es Posible que Necesite	Lo que Usted Pagará		Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
		Proveedor de la Red (usted paga el costo minimo)	Proveedor Fuera de la Red (usted paga el costo maximo)	
	Medicamentos especializados	Usted paga un copago de $50 por receta para un suministro de 30 días y un copago de $100 por receta para un suministro de 90 días.	Sin cobertura	• No se aplica deducible fuera de la red. Los medicamentos especializados requieren autorización previa (para evitar la falta de pago) llamando a Accredo Specialty Pharmacy al 1-800-803-2523. • La lista de medicamentos especializados de SaveOnSP está disponible llamando al 1-800-683-1074. Su costo compartido por estos medicamentos especializados "no esenciales", así como cualquier tarifa cantidad pagado por el fabricante del medicamento a través de su programa de asistencia de copagos, no cuentan para el límite de gastos de su bolsillo.
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Tarifa del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% coseguro.	50% coseguro hasta un cargo máximo permitido de $5,000 por sesión operativa y $3,500 por otros servicios/suministros para pacientes ambulatorios.	Se requiere la autorización previa de algunos procedimientos quirúrgicos ambulatorios para evitar una penalización económica o impago.
	Honorarios del médico/ cirujano	20% coseguro.	50% coseguro hasta un cargo máximo permitido de $5,000 por sesión operativa y $3,500 por otros servicios/suministros para pacientes ambulatorios.	Se requiere autorización previa de algunos procedimientos quirúrgicos ambulatorios para evitar una multa financiera o falta de pago. Cirujano auxiliar pagadero al 20% del cargo permitido para un cirujano primario (10% para los servicios de una enfermera registrada con licencia estatal primera asistente o asistente médico con licencia estatal).

Acontecimiento Médico Común	Servicios que es Posible que Necesite	Lo que Usted Pagará		Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
		Proveedor de la Red (usted paga el costo minimo)	Proveedor Fuera de la Red (usted paga el costo maximo)	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en sala de emergencias	$250 copago por visita más 20% coseguro.	Para atención de emergencia: $250 copago por visita más 20% coseguro. Para atención que no es de emergencia: $250 copago por visita más 50% coseguro.	Es posible que los honorarios profesionales del médico/ proveedor se facturen aparte. El copago no se aplica si la visita da lugar a la admisión inmediata al hospital como paciente hospitalizado.
	Transporte médico de emergencia	$50 copago por viaje. No se aplica deducible.	**$50 copago por viaje.** No **se aplica deducible.**	• El transporte electivo (no urgente) terrestre, aéreo y marítimo,incluidos los traslados hospitalarios con ingreso, requiere autorización previa para evitar una penalización económica o impago. • Los servicios profesionales de ambulancia por aire, mar, o tierra se pagan hasta y desde el hospital mas cercano en el que se pueda proporcionar tratamiento. • No se le cobrara el balance por los servicios deambulancia aérea cubiertos. • Los servicios de un técnico de Emergencias Médicas (EMT) están cubiertos si cree razonablemente que existió una emergencia médica, aunque no lo transportan a un hospital de los beneficios regulares del plan para de ambulancia para emergencia médica.
	Atención de urgencia	20% coseguro.	20% coseguro.	Sin cargo.
Si es hospitalizado	Tarifa del establecimiento (p. ej., habitación de hospital)	20% coseguro.	50% coseguro.	Se requiere la autorización previa de una admisión hospitalaria para evitar una penalización económica o impago.
	Honorarios del médico/ cirujano	20% coseguro.	50% coseguro.	Se requiere la autorización previa de una admisión hospitalaria para evitar una penalización económica o impago. Los servicios de un cirujano auxiliar corresponden a un 20% del cargo permitido para un cirujano principal (10% por los servicios de un enfermero titular con licencia estatal o asistente médico con licencia estatal).

Acontecimiento Médico Común	Servicios que es Posible que Necesite	Lo que Usted Pagará		Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
		Proveedor de la Red (usted paga el costo minimo)	Proveedor Fuera de la Red (usted paga el costo maximo)	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Visitas a consultorios y otros servicios para pacientes ambulatorios: 20% coseguro. Visita en línea: $5 copago por visita, no se aplica el deducible.	Visitas a consultorios, visita en línea, y otros servicios para pacientes ambulatorios: 50% coseguro.	La autorización previa es necesaria para algunos servicios ambulatorios (por ejemplo, programas intensivos ambulatorios, hospitalización parcial, etc.) para evitar una penalización económica o impago.
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% coseguro.	50% coseguro.	Se requiere autorización previa para los servicios de hospitalización para evitar una penalización económica o impago.
Si está embarazada	Visitas a consultorios	No hay cargo para visitas a consultorios. No se aplica deducible.	Servicios para empleado o cónyuges: 50% coseguro.	• No se aplica el costo compartido para servicios preventivos. • Según el tipo de servicios, puede aplicarse un coseguro. • La atención de maternidad puede incluir estudios y servicios que figuran en otras partes del SBC (p. ej., ultrasonidos). • No está cubierta la atención prenatal (aparte de los estudios de diagnóstico exigidos por la ACA) para hijos dependientes.
	Servicios profesionales de atención durante el parto	Para el empleado y su cónyuge: 20% coseguro.	Para el empleado y su cónyuge: 50% coseguro.	Sin cobertura para tratamientos por trastornos alimentarios de un hijo dependiente; debe pagar el 100%, incluso con proveedores de la red (ciertos Servicios de Emergencia pueden estar cubiertos por la Ley de No Sorpresas).
	Servicios de centro de atención para el parto	Para el empleado y su cónyuge: 20% coseguro.	Para el empleado y su cónyuge: 50% coseguro.	
Si necesita ayuda para la recuperación o tiene otras necesidades médicas especiales	Atención médica en el hogar	20% coseguro.	50% coseguro.	El plan cubre servicios que exigen las habilidades y capacitación de enfermeros. Se recomienda obtener con una autorización previa para determinados servicios de atención médica en el hogar. No hay cobertura para los servicios de enfermeras auxiliares, asistencia de apoyo o limpieza.

Acontecimiento Médico Común	Servicios que es Posible que Necesite	Lo que Usted Pagará		Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
		Proveedor de la Red (usted paga el costo minimo)	Proveedor Fuera de la Red (usted paga el costo maximo)	
	Servicios de rehabilitación	20% coseguro.	50% coseguro.	**La fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del habla incluyen límites de visitas anuales y/o de por vida (no se aplicarán al tratamiento de afecciones de salud mental diagnosticadas o trastornos por consumo de sustancias consistentes con los estándares independientes generalmente reconocidos de la práctica médica actual).** **Se requiere una autorización previa para los Servicios de Rehabilitación para Pacientes Hospitalilzado para evitar una multa financiera o falta de pago.**
	Servicios de habilitación	20% coseguro.	50% coseguro.	La fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del habla incluyen límites de visitas anuales y/o de por vida (no se aplicarán al tratamiento de afecciones de salud mental diagnosticadas o trastornos por consumo de sustancias consistentes con los estándares independientes generalmente reconocidos de la práctica médica actual).
	Cuidados de enfermería especializada	Sin cargo durante los primeros 30 días; luego un 20% coseguro durante los siguientes 150 días por incapacidad.	Sin cargo durante los primeros 30 días; luego un 20% coseguro durante los siguientes 150 días por incapacidad.	Se requiere autorización previa para la admisión de un centro de enfermería especializada para evitar una multa financiera o falta de pago. La prestación máxima es de 180 días por cualquier período de incapacidad. Los límites de día no se aplicarán al tratamiento de afecciones de salud mental diagnosticadas o trastornos por consumo de sustancias consistentes con los estándares independientes generalmente reconocidos de la práctica médica actual.
	Equipo médico duradero	20% coseguro.	50% coseguro.	Se requiere autorización previa para ciertos equipos médicos duraderos para evitar una penalización económica o impago. El alquiler está cubierto hasta el precio de compra.

Acontecimiento Médico Común	Servicios que es Posible que Necesite	Lo que Usted Pagará		Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
		Proveedor de la Red (usted paga el costo minimo)	Proveedor Fuera de la Red (usted paga el costo maximo)	
	Servicio de cuidados paliativos	20% coseguro.	20% coseguro.	El beneficio máximo es de 180 días/por vida (los límites de días no se aplicarán al tratamiento de afecciones de salud mental diagnosticadas o trastornos por consumo de sustancias consistentes con los estándares independientes generalmente reconocidos de la práctica médica actual). Se requiere autorización previa del hospicio para pacientes hospitalizados para evitar multas financieras o impago.
Si su hijo necesita atención dental o de la visión	Examen de la vista para menores de edad	Por favor consulte su Resumen de Beneficios de Miembro de VSP para información específica del plan.		• **Cobertura de visión es disponible bajo un plan de visión separado a través de VSP.** • **Se cubre un examen de la vista cada 12 meses.** • **Los marcos se pagan una vez cada 12 meses.** • **Visite csacbenefits.org para más información.**
	Anteojos para menores de edad	Por favor consulte su Resumen de Beneficios de Miembro de VSP para información específica del plan.		
	Examen dental de rutina para menores de	Consulte su comparación de beneficios dentales para obtener información específica del plan.		• Su cobertura dental está disponible bajo el plan dental separado a través de United Healthcare. • Visite csacbenefits.org para más información.

Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

Servicios que Su Plan NO Suele Cubrir (verifique su póliza o el documento del plan para obtener más información y una lista de cualquier otro servicio excluido).

- Cirugía bariátrica
- Cirugía cosmética
- Tratamiento de infertilidad
- Atención de largo plazo
- Atención que no sea de emergencia curando viaja fuera de los EE. UU.
- Enfermería privada
- Atención oftalmológica de rutina (adultos y niños)
- Atención ocular de rutina (adultos y niños)
- Cuidado de rutina de los pies
- Programas de pérdida de peso (excepto según lo exija la ley de reforma sanitaria)

Otros Servicios Cubiertos (pueden aplicarse limitaciones a estos servicios: Esta no es una lista completa; consulte el documento de su plan).

- Atención quiropráctica (hasta 24 visitas/año calendario)
- Audífonos (se cubren prueba de audición y audífonos hasta un máximo de $1,000 por oído cada 24 meses)
- Acupuntura
- Atención oftalmológica de rutina (adultos y niños) disponible a través de United Healthcare
- Atención ocular de rutina (adultos y niños) disponible a través de VSP

Sus Derechos para Continuar la Cobertura: Existen organismos que pueden ser de ayuda si desea continuar con su cobertura una vez que esta terminada. La información de contacto de dichos organismos es la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo (Department of Labor's Employee Benefits Security Administration): 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. También puede tener disponibles otras opciones de cobertura, como la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos (Health Insurance Marketplace). Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare. gov o llame al 1-800-318-2596.

Derechos a Quejas y Apelaciones: Existen organismos que pueden ser de ayuda si tiene una queja contra su plan debido a que le han rechazado una reclamación. Puede enviaruna queja o una apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por la reclamación médica. Los documentos de su plan también proporcionan información completa sobre cómo enviaruna apelación por una reclamación o una queja ante su plan por el motivo que sea. Para obtener asistencia o más información sobre sus derechos o este aviso, comuníquese con el administrador de reclamaciones de planes médicos (Independence Administrators) al 1-833-242-3330 o con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol. gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan brinda cobertura mínima esencial? Si. Por lo general, la cobertura mínima esencial incluye planes de seguro de salud a través del Mercado u otras políticas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas. Si es elegible para cierto tipo de cobertura mínima esencial, puede que no sea elegible para el crédito fiscal de tarifas.

¿Este plan satisface los niveles de valor mínimos? Si. Si su plan no satisface los niveles de valor mínimos, es posible que califique para un crédito fiscal de tarifas con el fin de que pueda pagar un plan a través del Mercado.

Servicios de Acceso de Idiomas: Español (Spanish): Para obtener asistencia en español, llame al 1-833-242-3330. Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-833-242-3330. Chino (中文): 如果需要中文的帮助,请拨打这个号码 1-833-242-3330. Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1833242-3330.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica, consulte la siguiente sección

Sobre estos Ejemplos de Cobertura:

Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos del modo en que este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes en función de la atención que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Preste atención a las cantidades de costos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y los servicios excluidos del plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que es posible que deba pagar según los distintos planes médicos. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a Tener un Bebé
(9 meses de atención prenatal con proveedores de la red y parto en un hospital)

Deducible total del plan	**$3,000**
Coseguro para especialista	**20%**
Coseguro para el hospital (establecimiento)	**20%**
Otro coseguro	**20%**

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio de un especialista *(atención prenatal)*
Servicios profesionales de atención durante el parto
Servicios de establecimientos de atención durante el parto
Estudios de diagnóstico *(ultrasonidos y análisis de sangre)*
Visitas al especialista (anestesia)

Costo total del ejemplo	**$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$3,000
Copagos	$10
Coseguro	$1,630
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$20
Total que pagaría Peg	**$4,660**

Control de la Diabetes Tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina con proveedores de la red de una condición bien controlada)

Deducible total del plan	**$3,000**
Coseguro para especialista	**20%**
Coseguro para el hospital (establecimiento)	**20%**
Otro coseguro	**20%**

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visita al consultorio de un médico primario *(incluye educación sobre la enfermedad)*
Estudios de diagnóstico *(análisis de sangre)*
Medicamentos recetados
Equipo medico duradero (medidora de glucosa)

Costo total del ejemplo	**$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$1,860
Copagos	$620
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
Total que pagaría Joe	**$2,480**

La Fractura Simple de Mia
(visita a una sala de emergencias de la red y atención de seguimiento)

Deducible total del plan	**$3,000**
Coseguro para especialista	**20%**
Coseguro para el hospital (establecimiento)	**20%**
Otro copago	**$250**

Este EJEMPLO incluye servicios:

Atención en sala de emergencias *(incluye insumos médicos)*
Estudio de diagnóstico *(radiografía)*
Equipo médico duradero *(muleta)*
Servicios de rehabilitación (terapia física)

Costo total del ejemplo	**$2,800**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$1,850
Copagos	$60
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
Total que pagaría Mia:	**$1,910**

El **plan** sería responsable de cubrir los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.